

DATOS DE FILIACION – ANEXO I

Apellidos: Nombre: Fecha:
Fecha nacimiento: Sexo (M/F): Peso: Talla (cm):.....
Deporte/Modalidad:..... Federación: TRIATLÓN.....
Domicilio:
Calle: N°:..... Piso: Pta:
CP: Ciudad:
Tel móvil: Tel fijo: Email:

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION

ANEXO II

Lea detenidamente las preguntas y marque la casilla correspondiente caso de contestar afirmativamente:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- ¿Algún miembro de su familia ha fallecido por problemas de corazón o de forma repentina antes de los 50 años?
- ¿A algún miembro su familia se le ha diagnosticado un problema en el corazón, arritmia, corazón grande, infarto, síndrome de Marfan?
- ¿Sus padres o hermanos tienen alguna enfermedad cardiovascular que comenzara a manifestarse antes de los 55 años en los hombres o de los 65 en mujeres?

ANTECEDENTES PERSONALES:

- ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad cardiaca?
- ¿Le han dicho que tiene un soplo en el corazón?
- ¿Ha tenido dolor en el pecho sobre todo cuando hace ejercicio o después de él?
- ¿Ha desarrollado usted un dolor en el pecho a lo largo del mes pasado aun sin relación al ejercicio?
- ¿Nota que a menudo se le acelera el corazón o tiene palpitaciones?
- ¿Le han dicho que tiene la tensión arterial alta (mayor de 140/90) más de una vez?
- ¿Le ha recomendado un médico alguna vez medicación para su tensión arterial o por un problema cardiaco?
- ¿Se ha mareado durante la práctica de ejercicio físico o después de él?
- ¿Ha perdido el conocimiento durante la práctica de ejercicio o después de él?
- ¿Se cansa antes que sus compañeros cuando hace ejercicio?
- ¿Ha tenido un accidente vascular cerebral?
- ¿Padece alguna enfermedad respiratoria (asma, bronquitis crónica,...)?



- ¿Ha sentido sensación de falta de aire en reposo o mientras realizaba ejercicio?
- ¿Siente dificultad al respirar?
- ¿Se le han hinchado los dos tobillos sin que tuviera golpes o torceduras que pudieran explicarlo?
- ¿Tiene algún tipo de alergia (polen, polvo, fármacos, alimentos, insectos,...)?
- En caso de ser mujer, ¿sabe si está embarazada o puede estarlo?
- ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos?
- ¿Fuma habitualmente o ha dejado de fumar hace menos de 6 meses?
- ¿Le han dicho que tiene alteraciones del colesterol (colesterol total mayor de 200 mg/dl o colesterol-HDL inferior a 35 mg/dl)?
- ¿Es diabético?
- ¿Tiene usted algún problema en los huesos o las articulaciones que pudiera agravarse con la actividad física?
- ¿Ha estado hospitalizado alguna vez?
- ¿Está tomando actualmente alguna medicación?
- Ya sea por su propia experiencia o por consejo médico, ¿Es usted conocedor de alguna otra razón física que le prohíba efectuar ejercicio sin supervisión médica?

NOTA: La persona que debe pasar la revisión se hace responsable de la veracidad de los datos declarados, los cuales son absolutamente confidenciales. Si la persona tiene menos de 18 años de edad, rellenará el cuestionario el padre o la madre; o en su defecto, el familiar más próximo o el tutor legal del menor.

Fecha: Nombre y apellidos:

DNI: Firma:

DETERMINACION DEL NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA – ANEXO III

Marque la casilla correspondiente en caso afirmativo¹

- Durante los últimos 6 meses, se puede considerar que no ha realizado actividad física alguna? (incluidas actividades físicas consideradas ligeras).
- ¿Se puede considerar su nivel de actividad física actual o futuro como de tipo ligero? (pasear, actividades domésticas, billar, pesca, dardos, etc.).

¹ Se deberá contestar afirmativamente a alguna de las preguntas

- ¿Se puede considerar su nivel de actividad física actual o futuro como de tipo moderado? (andar, baile, golf, juegos, tenis de mesa, etc.)

- ¿Se puede considerar su nivel de actividad física actual o futuro como de tipo intenso? (correr a cualquier intensidad, práctica de deporte individual o en equipo, etc.)

Estratificación de la actividad física que se intenta desarrollar:

Intensidad baja: 1,8 a 2,9 METS.

Intensidad moderada: 3 a 6 METS

Intensidad alta: > 6 METS

REVISION MÉDICA – ANEXO IV

1. Repaso con el deportista de los antecedentes familiares y personales a partir de la hoja de antecedentes rellenada:
 - Historia personal (preferiblemente verificada por los padres en niños y adolescentes):
 - Historia familiar (preferiblemente verificada por los padres en niños y adolescentes)

2. Exploración física:

3. Peso

4. Talla

5. ECG de reposo

6. Encuesta sobre Perfil de Riesgo para personas > 34 años (ANEXO II)

7. Emisión de informe (según Anexo V)

Este cuestionario tiene por objeto conocer el **estado de salud actual en el marco de la COVID-19**. Los datos personales facilitados por el participante a la organización (FTCV) tienen por exclusiva finalidad el cumplimiento de los protocolos sanitarios y de seguridad frente al COVID-19 que se han establecido por dicha entidad en cumplimiento de las recomendaciones y pautas generales marcadas por las autoridades sanitarias. El uso de los datos personales facilitados será realizado por la FTCV y su personal conforme a las normativas de aplicación en materia de protección de datos de carácter personal. El titular de los datos tiene derecho a ejercitar los derechos que se encuentran recogidos en las disposiciones normativas vigentes en materia de protección de datos, debiendo ser, en su caso, ejercitados a través de los cauces y procedimientos previstos expresamente en tales normas.²

Nombre y apellidos			
Dirección de residencia			
Dirección durante el evento			
Número de teléfono móvil			
Dirección de correo electrónico			
Países/Comunidades Autónomas que has visitado en los últimos 14 días			
Preguntas relativas a los últimos 14 días		Si	No
¿Ha tenido alguna sintomatología relacionada con la COVID-19 o ha estado en contacto cercano (más de 15 minutos a menos de 2 metros de distancia de una persona diagnosticada con la enfermedad o con síntomas de la misma)?			
En el caso de que la respuesta afirmativa añadir observaciones			
¿Ha compartido su vivienda habitual con alguna persona diagnosticada con la COVID-19? ¿Ha tenido algún conviviente síntomas de la COVID-19 o ha sido diagnosticado con la enfermedad después de haber permanecido al menos 14 días aislado del resto de convivientes?			
¿Ha estado en cuarentena?			
¿Le han realizado alguna prueba de la COVID-19?			
• PCR (especificar resultado).....)			
• Test serológico cuantitativo por Elisa (especificar resultado).....)			
• Test de antígenos (rápidos) (especificar resultado.....)			
¿Ha necesitado asistencia médica a causa de la COVID-19?			
¿Tiene alguno de los siguientes síntomas o los ha tenido en los últimos 14 días?			
• Tos seca			
• Dolor de cabeza			
• Fatiga			
• Disnea (dificultad respiratoria)			
• Mialgia (dolores musculares)			
• Dolor de garganta			
• Dolor de pecho			
• Congestión nasal / Rinitis			
• Escalofríos			
• Náusea / Vómitos			
• Diarrea			
• Anosmia (pérdida del sentido del olfato) / Disgeusia (pérdida del sentido del gusto)			
• Sabañones / Eritema pemio (picazón, manchas rojas e inflamación especialmente en los dedos de manos y pies)			

Firma y fecha:

² Información Básica de Protección de Datos. Responsable: FEDERACION DE TRIATLON Y DEPORTE COMBINADO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA; Finalidad: prestarle los servicios que nos ha solicitado, atender sus solicitudes de información y enviarle comunicaciones comerciales; Legitimación: Ejecución de contrato, Interés legítimo del responsable o Consentimiento del Interesado. Cesiones: No se cederán sus datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer en lpd@triatlocv.org.

Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en www.triatlocv.org

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO DE USUARIOS SIN ACCESO A DATOS

En _____, a _____ de _____ de _____.

REUNIDOS

De una parte, FEDERACION DE TRIATLON Y DEPORTES COMBINADOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, con CIF G96208814 y domicilio social en C/AVIACION, 15 - 46940 MANISES - VALENCIA (en adelante, el RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO).

Y de otra parte D./Dña. _____, mayor de edad, actuando en su propio nombre y representación (en adelante, EL USUARIO).

EXPONEN

1. Que ambas partes se reconocen capacidad legal necesaria para suscribir el presente Compromiso de Confidencialidad y Secreto.
2. Que debido al desempeño de sus funciones que EL USUARIO realiza a favor del RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, EL USUARIO no precisa tener acceso a sistemas y soportes en los que se contiene información relativa a datos de carácter personal.
3. Que de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos de carácter personal, EL USUARIO es consciente de su obligación al secreto profesional respecto a los datos de carácter personal que trate y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.
4. Que ambos suscriben el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO, el cual aceptan expresamente y de acuerdo a las siguientes:

CLÁUSULAS

- **PRIMERA.** EL USUARIO no podrá acceder a datos, documentos o cualquier otro tipo de soporte que contenga datos de carácter personal cuyo titular es el RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.
- **SEGUNDA.** En el caso que EL USUARIO tuviese acceso a datos de carácter personal de una forma accidental o fortuita, se compromete a no revelar, transferir, ceder o comunicar dichos datos bajo ningún concepto o circunstancia, ya sea de forma verbal, escrita o por cualquier medio electrónico, ni siquiera para su conservación, a Terceros.
- **TERCERA.** De acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento General de Protección de Datos de carácter personal, EL USUARIO se compromete y obliga a guardar secreto profesional de todos los datos de carácter personal que pudiera llegar a conocer o tener acceso en la ejecución de su trabajo. Estas obligaciones subsistirán, aún después de finalizadas las relaciones entre ambos.
- **CUARTA.** En el supuesto de que EL USUARIO utilice o comunique los datos de carácter personal incumpliendo las estipulaciones del presente Contrato, será considerado a su vez, Responsable del Tratamiento, respondiendo directamente de las infracciones en que hubiera incurrido.
- **QUINTA.** En el caso de que del incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato se deriven daños y perjuicios de cualquier tipo (incluidas sanciones administrativas) hacia el RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, EL USUARIO deberá resarcir al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO de los mismos.
- **SEXTA.** Información básica sobre protección de datos del RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO: utilizamos sus datos personales para gestionar la relación laboral, así como los compromisos y obligaciones derivadas de ella. La legitimación en base a la cuál tratamos sus datos es: ejecución de contrato. No se cederán datos a terceros salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a la dirección del RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO. Puede consultar información adicional y detallada sobre protección de datos dirigiéndose al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

Y en prueba de aceptación y conformidad con todas y cada una de las cláusulas estipuladas, obligándose al cumplimiento de todo lo acordado, lo firman por duplicado en el lugar y fecha del encabezamiento del presente documento.

Fdo. FEDERACION DE TRIATLON DE LA COMUNIDAD VALENCIANA